Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Autorización de Depósito Directo
Direct Deposit Authorization

A:

NÚMERO DE CASO:

NÚMERO INDIVIDUAL:

☐ Deseo recibir una ReliaCard de DCS. ☐ Deseo que se realice Depósito Directo en mi cuenta bancaria mencionada a continuación.		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	
DIRECCIÓN POSTAL		APT. #
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO RESIDENCIAL ( )	TELÉFONO DURANTE EL DÍA ( )	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPTATIVO)
☐ Actualice mi dirección en el sistema de manutención para niños utilizando la dirección mencionada anteriormente.		
FIRMA (REQUERIDA)		FECHA

Ingrese la información a continuación si seleccionó depósito directo a su cuenta bancaria. Adjunte un cheque nulo.

NOMBRE DEL BANCO	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA SUCURSAL DEL BANCO ( )
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA ☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorros

Si tiene preguntas acerca del Depósito Directo o la ReliaCard de DCS, llame al 800-468-7422.

Envíe por correo postal a:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
EFT DISBURSEMENTS
PO BOX 9010
OLYMPIA WA 98507-9010
O envíe por fax al: 360-664-5109

00999999850000000000000000000023250

No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, creencias, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.

FG VER: (1.0)